

TI_GERICHTE 36.2000.60 vom 5. September 2000

TI Tribunale d'appello, 2000-09-05, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2000.60

FR: TI_GERICHTE 36.2000.60 du 5 septembre 2000

IT: TI_GERICHTE 36.2000.60 del 5 settembre 2000

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 25

cpv. 1 LAMal, in caso di malattia, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle prestazioni atte a diagnosticare o a curare una malattia e i relativi postumi. Secondo quanto stabilito dal cpv. 2 dello stesso articolo, queste prestazioni comprendono, in particolare, gli esami, le terapie e le cure dispensate ambulatoriamente, al domicilio del paziente, in ospedale, parzialmente in ospedale o in una casa di cura dal medico, dal chiropratico e da persone che effettuano prestazioni previa prescrizione o indicazione medica (lett. a), le analisi, i medicamenti, i mezzi e gli apparecchi diagnostici e terapeutici prescritti dal medico (lett. b) nonché la degenza nel reparto comune di un ospedale (lett. e). Fra le altre prestazioni, per il cpv. 2 lett. g, le casse sono tenute ad accordare un contributo alle spese di trasporto necessarie dal profilo medico. Tale obbligo è precisato dall'art 26 OPre secondo cui " l'assicurazione assume il 50% delle spese per trasporti indicati dal profilo medico al fine della somministrazione di cure da parte di un fornitore di prestazioni idoneo e che il paziente ha il diritto di scegliere, se il suo stato di salute non gli consente di utilizzare un altro mezzo di trasporto pubblico o privato. Il contributo massimo è di fr. 500.- per anno civile." 2.4. In concreto, la cassa convenuta ha affermato di avere già erogato, nel 1998, dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, l'importo massimo previsto dall'art 26 OPre. Tale affermazione è rimasta incontestata. Ciò considerato, alla cassa convenuta non può, nell'ambito dell'assicurazione posta in essere dalla LAMal, addossare alcun obbligo supplementare. Il ricorso va, pertanto, respinto. B. assicurazioni complementari alla LAMal 2.5. Come visto sopra, l'assicurato ha stipulato presso la cassa convenuta - oltre all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie - l'assicurazione complementare delle spese d'ospedalizzazione, classe di prestazioni _ . La verifica delle pretese derivanti all'assicurato da questa assicurazione va effettuata in applicazione, oltre che della LCA cui sottostà tale assicurazione (art 12 cpv. 3 LAMal e art A4 CGA _____), delle condizioni generali (CGA) e/o speciali o complementari ad essa relative. 2.6. L'art E 8.6. delle Condizioni complementari d'assicurazione relative all'assicurazione delle spese d'ospedalizzazione (in seguito: CCA) prevede quanto segue: " Per i trasporti d'urgenza e di trasferimento nel più vicino ospedale attrezzato che siano stati ordinati da un medico e risultino necessari dal profilo medico, la _____ accorda le seguenti prestazioni in via suppletiva a quelle erogate dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie o dall'assicurazione malattia facoltativa : ... classe di prestazioni 2.: fr. 3.000.-" Secondo la cassa convenuta, l'assicurato non può pretendere la prestazione prevista dall'articolo citato poiché egli

avrebbe potuto avere le cure post-operatorie anche presso la Clinica _____: il trasporto non era, dunque, secondo la cassa, necessario dal profilo medico. Inoltre, essi - sempre secondo la cassa - "non presentavano né un carattere d'urgenza, né erano diretti all'ospedale più vicino". 2.7. Come qualsiasi altro, un contratto d'assicurazione deve essere interpretato ricercando la reale e concorde volontà delle parti (DTF 112 II 253) e alla luce del principio della buona fede (DTF 115 II 268; B. Viret, op. cit. pag. 92). Se questa non può essere stabilita, occorre fondarsi sulla loro presunta e probabile volontà, secondo il principio della buona fede e considerare tutte le circostanze che hanno portato alla conclusione del contratto. Ci si atterrà all'uso generale e quotidiano della lingua, con la riserva di accezione tecniche proprie al rischio ritenuto (DTF 118 II 342; JdT 1996 I 128; DTF 115 II 268); SJ 1992 623 citate in B. Carron, La loi fédérale sur le contrat d'assurance, Fribourg 1997 pag. 72). L'interpretazione di una clausola - ovvero la sua valutazione alla luce del contenuto e dello scopo del contratto - è un'operazione sempre necessaria affinché si possa determinarne la portata (Rep 1993 213ss; DTF 112 II 253ss; A. Maurer, Privatversicherungsrecht 1986, p. 231; DTF 116 II 345). (Roelli/Keller, Kommentar z. BG über den Versicherungsvertrag, ed 1968 p. 459). In caso di dubbio (ossia, quando il senso e la portata di una clausola non possono essere determinati con sicurezza), l'assicuratore non potrà prevalersene in virtù del principio in dubio contra stipulatorem secondo il quale una clausola, nel dubbio, va interpretata a sfavore di chi l'ha redatta (DTF 115 II 268ss; A. Maurer, op. cit. p. 145; Kramer/Schmidlin, Berner Kommentar, ed 1986, ad art 1 CO, n. 109, p. 142; Rep. 1993 213ss; B. Viret, op. cit. pag. 92) ritenuto, comunque, che tale principio può essere applicato soltanto quando, dopo un'interpretazione accurata ed obiettiva, risulta che una locuzione può essere, in buona fede, compresa in diversi modi. Ricorrere, per interpretare delle CGA, direttamente al principio "in dubio contra stipulatorem" - che è applicabile solo in caso di dubbio sul significato di una clausola - costituisce una violazione del diritto federale (DTF 122 III 118) (SJ 1966 623 seg). 2.8. L'interpretazione letterale dell'art E8.6 non dà adito a dubbi. Come sostiene la cassa, tale articolo subordina in modo chiaro e non equivoco il diritto a prestazioni in caso di trasferimento (da un ospedale ad un altro) ai casi in cui detto trasferimento avviene, su ordine del medico, perchè necessario dal profilo medico. Cioè, ai casi in cui il trasferimento viene ordinato perché l'istituto in cui l'assicurato è degente non è più adeguato alle sue necessità di cura. Ciò che è determinante ai fini dell'obbligo a prestazione è che il trasferimento in quanto tale sia necessario dal profilo medico e che avvenga in direzione dell'ospedale più vicino. In concreto, nessuna delle condizioni poste dall'art E8.6 appare realizzata. Non si è trattato di un trasferimento per motivi medici nell'ospedale più vicino: la questione a sapere se la degenza poteva continuare alla _____ può essere lasciata in sospenso ritenuto come l'altra condizione - evidentemente cumulativa - del trasferimento nell'ospedale più vicino risulta manifestamente non realizzata. Nemmeno il trasporto presentava un carattere d'urgenza. Pertanto, alla cassa convenuta non può essere imposto alcun obbligo contributivo nemmeno nell'ambito delle assicurazioni complementari.